

RUTE CAROLINA AUGUSTO MENDES

PROCESSOS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL EM PESSOAS COMO DIAGNÓSTICO DE PSORÍASE



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-
Comportamentais

COIMBRA, 2019



Processos de regulação emocional em pessoas com o diagnóstico de Psoríase

RUTE CAROLINA AUGUSTO MENDES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, julho de 2019

Agradecimentos

À professora doutora Ana Galhardo, por todos os conhecimentos transmitidos, pela paciência, pelo apoio e disponibilidade. Por me demonstrar a importância da palavra perseverança.

A todos os docentes e funcionários do Instituto Superior Miguel Torga, que contribuíram para que o meu percurso académico fosse pautado por experiências únicas que possibilitou um crescimento profissional e pessoal.

À Associação Portuguesa da Psoríase, que prontamente se disponibilizou para colaborar neste estudo.

A todos os participantes deste estudo, por todos os minutos despendidos tornando assim possível a realização desta investigação.

A todos os meus amigos, especialmente à Carolina, à Cláudia e à Nádia, pelos desabafos e pelo apoio. Por toda a ajuda e sorrisos partilhados. Pela bondade e amizade que sempre demonstraram.

Ao meu namorado pela paciência, compreensão e carinho que sempre demonstrou. Por todas as vezes que me ajudou e apoiou.

À D. Renata, ao Sr.º Benjamim e ao Bruno por me fazerem sentir em casa e por se demonstrarem sempre disponíveis para ajudar.

Aos meus tios por todo o carinho, apoio e disponibilidade. Por me ajudarem sempre.

Aos meus avós e ao meu padrinho pelo apoio, preocupação e por demonstrarem sempre aquele carinho que é tão especial para mim.

Aos meus pais porque sem eles nada era possível. Por acreditarem e por me fazerem acreditar. Por todas as palavras e amor transmitido. Por todos os esforços. E porque cada vitória minha, será sempre também uma vitória deles.

Resumo

Introdução: A Psoríase é uma doença dermatológica inflamatória crónica, não contagiosa, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. A presença de sintomatologia psicopatológica nestes pacientes encontra-se documentada, mas o papel de processos de regulação emocional continua por clarificar.

Objetivos: Explorar o papel preditivo de variáveis sociodemográficas, clínicas, processos de regulação emocional e da vergonha associada à doença crónica nos sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e *stress*. Pretendeu-se, também, analisar o impacto que a Psoríase pode ocasionar nas várias áreas da vida.

Metodologia: 148 sujeitos com idades entre os 21 anos e os 74 anos de idade participaram no estudo, de forma voluntária e anónima, tendo este sido divulgado pela Associação Portuguesa da Psoríase (PSOPortugal). Os participantes preencheram online um conjunto de instrumentos de autorresposta, nomeadamente, um questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (EADS-21), *Self-compassion Scale* (SCS), *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness* (CFQ-CI), *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II), *Chronic Illness-Related Shame* (CISS) e uma breve escala de impacto da doença a nível social, familiar e pessoal.

Resultados: As variáveis preditoras dos sintomas depressivos foram a inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial, o autojulgamento, os anos de escolaridade e a vergonha associada à doença crónica. No que respeita aos sintomas de ansiedade, as variáveis preditoras foram a inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial, os anos de escolaridade e o autojulgamento. Em relação aos sintomas de *stress*, os resultados sugerem que o autojulgamento, a inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial e os anos de escolaridade atuaram como preditores significativos. Constatou-se que as áreas da vida mais afetadas são as relações íntimas, as atividades de lazer e o estudo/trabalho, com as mulheres a evidenciarem valores médios mais elevados.

Conclusão: Na intervenção psicológica com pacientes psoriáticos, a avaliação de processos de regulação emocional, assim como da vergonha associada à doença, devem ser aspetos considerados. As abordagens terapêuticas cognitivo-comportamentais contextuais, nomeadamente, os programas baseados no *Mindfulness*, a *Acceptance and Commitment Therapy* e a *Compassion Focused Therapy* poderão ser adequadas para estes doentes, já que visam a promoção de estratégias de regulação emocional adaptativas.

Palavras-chave: Psoríase, depressão, ansiedade, *stress*, regulação emocional, áreas de vida afetadas.

Abstract

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory dermatological disease, non-contagious, which affects millions of people worldwide. The presence of psychopathological symptoms in these patients is well documented, however, the role of emotion regulation processes remains to be clarified.

Objectives: Explore the predictive role of sociodemographic and clinical variables, emotion regulation processes and shame associated with this chronic disease in psychopathological symptoms of depression, anxiety, and stress. Additionally, the impact that Psoriasis can cause in different life areas was also investigated.

Method: 148 subjects with ages between 21 and 74 years old accepted to participate in this study, voluntarily and anonymously. The study was disseminated through the *Associação Portuguesa da Psoríase (PSOPortugal)* social media. Participants completed online a set of self-report instruments, namely sociodemographic and clinical questionnaires, the Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Chronic Illness-Related Shame (CISS) and a brief scale which measure the impact of the disease on social, family and personal level.

Results: The predictive variables of depressive symptoms were psychological inflexibility/experiential avoidance, self-judgement, years of schooling and shame associated with chronic illness. Regarding anxiety symptoms, the significant predictors were psychological inflexibility/experiential avoidance, years of schooling and self-judgment. Concerning stress symptoms, the results suggest that self-judgment and psychological inflexibility/experiential avoidance and the years of schooling acted as significant predictors. The most affected life areas were intimate relationships, leisure activities, and study/work, with women showing higher scores when compared to men.

Discussion: In psychological intervention with psoriatic patients, the evaluation of emotion regulation processes, as well as shame associated with this disease, should be considered. Contextual cognitive-behavioural therapies, such as, Mindfulness based programs, Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy could be appropriate and useful for these patients, considering that these approaches aim to promote adaptive emotion regulation strategies.

Keywords: Psoriasis, depression, anxiety, stress, emotion regulation, affected life areas.

Anexos

Anexo 1 – Breve escala sobre o impacto da doença crónica

Apêndices

Apêndice A – Questionário sociodemográfico e clínico

Apêndice B – Autorizações para a utilização das escalas

Tabelas

Tabela 1 - Médias e desvios padrão do total da amostra e diferenças entre homens e mulheres relativamente às variáveis em estudo

Tabela 2 - Análise de regressão linear múltipla utilizando a idade, a escolaridade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento e a vergonha associada à doença crónica na predição dos sintomas de depressão

Tabela 3 - Análise de regressão linear múltipla utilizando a escolaridade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento e a vergonha associada à doença crónica na predição dos sintomas de ansiedade

Tabela 4 - Análise de regressão linear múltipla utilizando a idade, a escolaridade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento e a vergonha associada à doença crónica na predição dos sintomas de *stress*

Tabela 5 - Médias e desvios padrão na amostra total e comparação por sexo no que diz respeito às áreas da vida afetadas pela Psoríase

Introdução

A Psoríase é uma patologia dermatológica inflamatória crónica, não contagiosa e comum. Estima-se que existam cerca de 125 milhões de pessoas em todo o mundo com esta doença e mais de 200 mil casos em Portugal (Melancia et al., 2018).

O diagnóstico de Psoríase é mais comum em indivíduos caucasianos, sendo típico que os primeiros sintomas surjam entre os 16 e os 22 anos ou entre os 50 e os 60 anos de idade (Henseler & Christophers, 1985; Rachakonda, Schupp, & Armstrong, 2014), sendo que cerca de 75% dos doentes psoriáticos exibem sintomatologia antes dos 40 anos de idade. Apresentam também um curso mais oscilante e austero (Henseler & Christophers, 1985; Rachakonda, Schupp, & Armstrong, 2014). Indivíduos do sexo masculino exibem formas mais graves da doença (Hägg, Ericksson, Sundström, & Schmitt, 2013).

Reconhece-se que as causas desta patologia envolvem diversos aspetos que alteram o funcionamento imunológico, o que promove inflamações e um desenvolvimento anormal das células da epiderme. Em consequência a um crescimento acelerado de células, há um aumento da circulação sanguínea produzindo, assim, uma inflamação local e um aumento das células mortas (Baadsgaard, Fisher, Voorhess, & Cooper, 1990; Groves, Mizutani, Kieffer, & Kupper, 1995). A predisposição genética e/ou a existência de consumo de álcool, comportamento tabágico, consumo de fármacos, *stress*, obesidade e infeções podem propiciar o aparecimento e/ou agravamento dos sintomas (Gerdes, Zahl, Weichenthal, & Mrowietz, 2010; Katz, Seidenbaum, & Weinrauch, 1987; Naldi, Peli, Parazzin, & Carrel, 2001; Naldi et al., 2005; Swanbeck, Inerot, Martinsson, & Wahlström, 1994). As lesões psoriáticas podem, ainda, ser induzidas ou agravadas por traumas cutâneos de pele não afetada. Este acontecimento é apelidado de Fenómeno de Koebner (Kalayciyan, Aydemir, & Kotogyan, 2007). As temperaturas baixas e o clima seco intensificam os sintomas decorrentes dos vários tipos de Psoríase (Balato, Di Constanzo, Patruno, Patri, & Ayala, 2013).

As lesões presentes nesta condição crónica variam conforme a sua apresentação, localização, desenvolvimento e severidade (Langley, Krueger, & Griffiths, 2005).

A Psoríase em placas ou vulgar é o tipo mais frequente (Figueiredo et al., 2017). As lesões são de cor avermelhada, salientes e com crostas escamosas de cor prata (pode ocorrer prurido, mas, habitualmente, não se verifica). Qualquer parte do tronco pode ser afetada, mas emergem com maior frequência nas costas, fenda interglútea, cotovelos, joelhos e couro cabeludo (Figueiredo et al., 2017; Miltra & Miltra, 2013; Hartman & Kimball, 2016).

Pequenas lesões com aspeto de gota, tom encarnado e espalhadas por todo o corpo são manifestações da Psoríase gutata ou em gota. Emergem repentinamente, tendo uma causa associada, a bactéria *Streptococcus* e manifestam-se com maior frequência em crianças e jovens adultos (Figueiredo et al., 2017; Hartman & Kimball, 2016; Leung et al., 1995; Zangeneh & Shooshtary, 2013).

O diagnóstico de Psoríase inversa ou flexural ocorre perante a existência de placas avermelhadas, de densidade reduzida, delineadas, não escamosas e brilhantes. As lesões encontram-se nas virilhas, axilas, pescoço e nas dobras inframamárias (Associação Portuguesa da Psoríase, s.d.; Hartman & Kimball, 2016). Podem apresentar prurido, ardor e desconforto, em consequência de irritações e fissuras devido ao atrito e sudorese, comuns nestas áreas (Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Na Psoríase pustulosa ou com pústulas surgem, subitamente, pequenas erupções com secreção em áreas avermelhadas. Este tipo detém duas formas de apresentação, a generalizada ou a localizada. A Psoríase pustulosa localizada é a mais comum, especialmente a palmoplantar. Emergem pústulas com uma base ruborizada, na palma da mão e na zona plantar do pé (Associação Portuguesa da Psoríase, s.d.; Figueiredo et al., 2017). Existe também a acrodermatite contínua de Hallopeau, em que pústulas se formam nas pontas dos dedos das mãos e pés, envolvendo as unhas. A forma generalizada da Psoríase pustulosa, denominada de Van Zumbusch, é atípica e preocupante, podendo ser letal. A sintomatologia decorrente desta patologia inclui um aumento da temperatura corporal, calafrios, dor e desconforto (Naldi & Gambini, 2007).

A Psoríase eritrodérmica afeta toda a superfície corporal. Esta apresenta uma cor rubra, decorrente da inflamação. Ocorre prurido, dor e descamação intensa. Há um desequilíbrio químico corporal que poderá revelar-se letal, já que existem sérias possibilidades de ocorrer hipotermia e complicações cardiovasculares, renais e hepáticas (Sarac, Koca, & Baglan, 2016; Zangeneh & Shooshtary, 2013).

Em doentes psoriáticos é comum a existência de lesões nas unhas, em cerca de 50% dos casos (Armesto et al., 2011). A Psoríase ungueal engloba as unhas das mãos e dos pés, sendo mais habitual a presença de lesões nas mãos. O aumento de espessura, cavidades do tamanho de pontas de alfinetes, coloração alterada e separação de partes da unha, fazem parte da sintomatologia presente neste tipo da doença (Heneke, 2017). A existência de anomalias nas unhas pode auxiliar no diagnóstico de Artrite Psoriática, devido à relação entre as mudanças ungueais e a inflamação dos tendões (Eastmond & Wright, 1979).

Aproximadamente um terço dos casos de Psoríase tem início na infância. A Psoríase em placas, a gutata, lesões no couro cabeludo e a pustulosa são as apresentações mais frequentes desta doença crónica, em crianças (Tollesfon, Crowson, McEvoy, & Kremers, 2010). O desenvolvimento de Psoríase nesta faixa etária está relacionada com a predisposição genética, infeção do trato respiratório superior devido à bactéria *Streptococcus* e trauma cutâneo (Raychandhi & Gross, 2000; Seyhan, Coşkun, Sağlam, Özcan, & Karıncaoğlu 2006). Estima-se que 10% a 30% dos indivíduos com Psoríase, apresentam Artrite Psoriática (Gelfand et al., 2005; Mease et al., 2013). É mais frequente em doentes com Psoríase em placas mas, principalmente, quando existem manifestações da doença nas unhas, couro cabeludo e fenda interglútea (Wilson et al., 2009). Estima-se que ocorra entre os 30 e os 50 anos de idade, predominantemente em homens (Christophers et al., 2010; Gottlieb, 2008). Os sintomas da Artrite Psoriática consistem em deformações articulares, de tom vermelho, com temperatura elevada, aumento de volume e rigidez devido à inflamação, nos dedos das mãos e pés e, ainda, na coluna vertebral. Interfere com a vida do doente, já que origina dor, desconforto, fadiga e rigidez (Figueiredo et al., 2017; Hartman & Kimball, 2016).

Os métodos terapêuticos utilizados em doentes psoriáticos procuram diminuir a sintomatologia para que estes sejam capazes de experienciar uma qualidade de vida satisfatória (Alharbi et al., 2018). Os tratamentos tópicos são realizados através de cremes, loções, óleos, géis e champôs. As intervenções sistémicas são utilizadas, primordialmente, em casos de maior gravidade e de resistência aos tratamentos, apresentando-se em forma oral ou injetável. Existem os sistémicos não biológicos e, mais recentemente, os sistémicos biológicos. Estes últimos são mais eficazes e seguros, realizando-se através de injeções nos músculos, veias ou vias subcutâneas (Ma & Maverakis, 2018; Rønholt & Iversen, 2017). No verão, a exposição aos raios solares (Helioterapia) é recomendada, mas deve ser realizada com precaução. (Snellman et al., 1993). Na fototerapia, é utilizada radiação ultravioleta nas áreas afetadas (Carvalho, Marques-Pinto, & Cardoso, 2012; Riyaz & Lim, 2017).

Em casos de maior gravidade, esta doença crónica está associada a diversas patologias, em algumas destas, sem relação etiológica como por exemplo, Artrite Psoriática, a doença de Crohn, doenças cardiovasculares e metabólicas (Cohen et al., 2008; Cohen, Dreier, & Birkenfeld, 2009; Gelfand et al., 2005; Mease et al., 2013; Mehta et al., 2011). Poder-se-á constatar também, a presença de perturbações psicológicas.

Habitualmente, o diagnóstico de Psoríase tem repercussões impactantes na vida dos doentes, influenciando escolhas profissionais, habitacionais e pessoais (Bhatti et al., 2013). Em indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos verifica-se um maior comprometimento a nível ocupacional, social e psicológico, estando estes dois últimos relacionados com o aspeto físico (Gupta & Gupta, 1995). Um diagnóstico de Psoríase, implica alterações na vida do paciente e a necessidade de ajustamento a novas circunstâncias o que, por vezes, dificulta a adoção de respostas emocionais funcionais e de comportamentos dirigidos a objetivos anteriormente estabelecidos. Também as relações familiares, particularmente a relação com o companheiro/a, são prejudicadas pelo tempo que o doente despende nos tratamentos e pelo evitamento de atividades sociais, de lazer e/ou íntimas (Eghlileb, Davies, & Finlay, 2007).

A perceção que os doentes possuem sobre a sua condição pode influenciar as suas ações, emoções e sentimentos. Quando esta é compreendida como algo incapacitante, tendem a apresentar desequilíbrios emocionais e défices organizacionais e comportamentais. (Almeida et al., 2016; Fortune, Richards, Griffiths, & Main, 2002). Sintomas psicopatológicos, como depressão, ideação suicida e ansiedade, podem estar presentes nos doentes com psoríase. Sentimentos de raiva, vergonha, angústia, preocupação, frustração e abandono, surgem com maior frequência e magnitude comparativamente com a população geral (Dalgard et al., 2015; Koo, 1996). De referir ainda que a baixa autoestima nos indivíduos psoriáticos está frequentemente associada à ideia de que o seu corpo é indesejável, deselegante e não atrativo, o que tende a desencadear vergonha e introversão social por anteciparem a possibilidade rejeição (Mckenna & Stern, 1997; Hrehorów, Salomon, Matusiak, Reich, & Szebietowski, 2012). É comum o evitamento de atividades sociais e de lazer como, por exemplo, ir à piscina, à praia ou ao ginásio. Perante ambientes sociais, as mulheres tendem a experienciar níveis mais elevados de vergonha e frustração (Perrott, Murray, Lowe, & Ruggiero, 2000; Koo, 1996). Assim, uma difícil adaptação à doença, a severidade das lesões, a sua perceção e as limitações decorrentes desta, podem impulsionar o isolamento, dificuldades na regulação de emoções negativas, inflexibilidade e dificuldades de aceitação (Almeida et al., 2016; Innamorati et al., 2016; Mingorance, Loureiro, Okino, & Foss, 2001).

O presente trabalho teve como principal objetivo explorar o papel preditivo de variáveis sociodemográficas (idade e anos de escolaridade), clínicas (duração do diagnóstico de Psoríase), processos de regulação emocional como a fusão cognitiva, a autocompaixão e o autojulgamento, assim como da vergonha associada à doença crónica nos sintomas psicopatológicos de depressão, ansiedade e *stress*. Adicionalmente procurou-se explorar o

impacto desta patologia em diferentes áreas da vida dos pacientes, bem como a eventual existência de diferenças entre homens e mulheres no que respeita às variáveis em estudo.

Materiais e métodos

Participantes

A amostra foi constituída por 148 indivíduos com o diagnóstico de Psoríase que, de forma voluntária, aceitaram participar nesta investigação. A idade igual ou superior a 18 anos, assim como o diagnóstico de Psoríase, foram os critérios de inclusão. Não existiu a consulta de processos médicos, tendo os participantes indicado a presença de diagnóstico de Psoríase, bem como alguns dados de natureza clínica.

Dos 148 participantes, 112 (75.7%) eram do sexo feminino e 36 (24.3%) do sexo masculino. Em termos de idade, observou-se um mínimo de 21 anos e um máximo de 74 anos, verificando-se uma média de idade de 45.9 anos ($DP = 13.09$). Os participantes apresentaram uma média de 13.36 anos de escolaridade ($DP = 3.20$). No que respeita ao estado civil a maioria dos participantes ($n = 95$; 64.2%) eram casados ou em união de facto, 33 (22.3%) solteiros, 18 (12.2%) divorciados ou separados e apenas 2 (1.4%) eram viúvos. Relativamente à zona de residência, 110 (74.3) residiam em meio urbano e 38 (25.7%) em meio rural. No que se refere à situação laboral, 102 participantes (68.9%) encontravam-se empregados, 25 (16.9%) eram reformados, 17 (11.5%) estavam desempregados aquando da recolha dos dados e 4 (2.7%) eram estudantes.

No que concerne ao tempo decorrido desde o diagnóstico de Psoríase, constatou-se que os participantes apresentavam este diagnóstico em média há 19.42 anos ($DP = 13.67$), com o mínimo de 1 ano e o máximo de 63 anos. Quando questionados acerca do tipo de Psoríase diagnosticado, 118 sujeitos (79.7%) referiram Psoríase em placas ou vulgar, 14 (9.5%) indicaram Psoríase em gutata, 5 participantes (3.4%) responderam Psoríase com pústulas ou pustulosa, 5 participantes (3.4%) mencionaram Psoríase inversa, 2 (1.4%) Psoríase em placas e ungueal e apenas 1 sujeito (0.7%) indicou Psoríase em placas, inversa e gutata, 1 sujeito (0.7%) respondeu ter um diagnóstico de Psoríase vulgar e inversa e outro sujeito (0.7%) Psoríase plantar. Adicionalmente, 52 indivíduos (35.1%) referiram ter um diagnóstico de Artrite Psoriática, 39 (26.4%) não possuem evidência deste diagnóstico e 57 (38.5%) desconhecem qual a sua situação no que concerne à Artrite Psoriática.

Relativamente ao tipo de tratamento que os participantes se encontram a realizar, sobressai o tratamento tópico (cremes, pomadas, champô, entre outros) identificado por 79 indivíduos (53.4%), seguido do tratamento tópico conjugado com tratamento sistémico ($n = 29$; 19.6%), recurso a biológicos e tratamento sistémico, referidos por 9 sujeitos (6.1%) em cada uma das categorias. Os demais participantes reportaram diferentes conjugações de tratamentos e apenas 8 (5.4%) indicaram não estar a realizar nenhum tipo de tratamento. Quando questionados relativamente ao facto da existência de um diagnóstico de Psoríase em outros elementos da sua família, 74 respondentes (50%) assinalaram ter um familiar com a doença e precisamente o mesmo número de sujeitos referiram não ter ninguém na família com este diagnóstico. Por último, observou-se que apenas 9 participantes (6.1%) haviam recorrido a acompanhamento psicológico relacionado com a Psoríase, sendo que a maioria ($n = 139$; 93.9%) nunca foi acompanhada psicologicamente em relação a esta condição clínica.

Instrumentos

Neste estudo foram utilizados um questionário sociodemográfico e um questionário clínico (Apêndice A). O sociodemográfico foi desenvolvido especificamente para este estudo, com o intuito de recolher dados sociodemográficos, como o sexo, a idade, o estado civil, a zona de residência, os anos de escolaridade concluídos e a situação laboral. O questionário clínico, igualmente desenvolvido para a presente investigação, pretendeu recolher informações sobre a doença crónica em estudo, nomeadamente, duração do diagnóstico, existência de histórico familiar, tipo de psoríase diagnosticado, tratamento que está a ser realizado e existência de Artrite Psoriática. Considerou-se pertinente questionar, também, se os participantes usufruem ou haviam já realizado acompanhamento psicológico anteriormente, relacionado com a Psoríase.

Foram, também, utilizados os seguintes instrumentos de autorresposta: Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21); *Self-compassion Scale* (SCS); *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness* (CFQ-CI); *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II); *Chronic Illness-Related Shame* (CISS); e um questionário acerca do impacto da doença em diversas áreas da vida dos pacientes.

A **Escala de Depressão, Ansiedade e Stress** (*Depression Anxiety, and Stress Scales*, DASS, Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: EADS-21 de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) foi elaborada para avaliar a depressão, ansiedade e *stress*, de forma distinta. Detém 21 itens, distribuídos por 3 subescalas: Depressão (*e.g.*, “Senti-me desanimado e

melancólico”), Ansiedade (*e.g.*, “Senti dificuldades em respirar”) e *Stress* (*e.g.*, “Tive dificuldades em acalmar-me”). O questionário é de autorresposta, escolhendo os respondentes de 0 (Não se aplicou nada a mim) a 3 (Aplicou-se a mim a maior parte das vezes) a sua resposta, tendo em conta a semana transata à data do preenchimento. Na versão original, contendo 42 itens, os alfas de Cronbach alcançados foram de .91 (depressão), .84 (ansiedade) e .90 (*stress*) (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa, Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) obtiveram os seguintes alfas de Cronbach: .85 (depressão), .74 (ansiedade) e .81 (*stress*), apresentando uma boa consistência interna. No presente estudo, a EADS-21 revelou valores de consistência interna de: α Depressão = .90; α Ansiedade = .86; α *Stress* = .92.

A ***Self-Compassion Scale*** (SCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011) avalia o construto da autocompaixão e é de autorresposta. Contém 26 itens distribuídos por 6 subescalas: Calor/Compreensão (*e.g.*, “Tento ser carinhoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer emocionalmente”), Autocrítica (*e.g.*, “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”), Condição humana (*e.g.*, “Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa”), Isolamento (*e.g.*, Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado(a) e desligado(a) do resto do mundo”), *Mindfulness* (*e.g.*, “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”) e Sobreidentificação (*e.g.*, “Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo está errado”). O formato de resposta é do tipo Likert, a variar entre 1 (Quase nunca) e 5 (Quase sempre), sendo que, quanto mais elevada for a pontuação maiores os níveis de autocompaixão. Para além do recurso a um score total, é também possível proceder ao cálculo dos índices compósitos de autocompaixão (somatório das subescalas de calor/compreensão, *mindfulness* e condição humana) e de autojulgamento (somatório das subescalas de autocrítica, sobreidentificação e isolamento). A versão portuguesa apresentou uma boa consistência interna (α de Cronbach de .89, para o total), sendo calculado também o α de Cronbach para cada uma das subescalas: .84 (Calor/Compreensão); .82 (Autocrítica); .77 (Condição humana); .75 (Isolamento); .73 (*Mindfulness*) e .78 (Sobreidentificação) (Castilho, Pinto-Gouveia & Bento, 2011). A versão de Neff (2003), apresentou um alfa de Cronbach que variou entre .75 e .81 para as seis subescalas e de .92 para a escala total, revelando uma boa consistência interna e fiabilidade temporal. Na amostra do presente estudo, foi encontrado um valor de alfa de Cronbach de .91 na escala total. No que concerne às subescalas, revelaram valores de consistência interna de: α Calor = .83; α Condição humana = .79; α *Mindfulness* = .79; α Sobre-identificação = .86; α Auto-crítica = .83; α Isolamento = .80.

O *Cognitive Fusion Questionnaire – Chronic Illness* (CFQ-CI; Trindade, Ferreira & Pinto-Gouveia, 2018). O CFQ-CI é um questionário de autorresposta, com 7 itens (*e.g.*, “Os meus pensamentos em relação à minha doença perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional”; “Vivo numa luta com os meus pensamentos acerca da minha doença e/ou sintomas”). As questões são avaliadas numa escala de 1 (nunca verdadeira) a 7 (sempre verdadeira), onde pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de fusão cognitiva. O CFQ-CI apresentou um alfa de Cronbach de .97, indicando excelente consistência interna (Trindade, Ferreira & Pinto-Gouveia, 2018). No presente estudo, o CFQ-CI revelou um valor de consistência interna de .97.

No questionário *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis & Xavier, 2012) existem 7 itens que são respondidos numa escala de resposta de 7 pontos. As pontuações variam entre 1 (Nunca verdadeiro) e 7 (Sempre verdadeiro). Este instrumento destina-se a avaliar a inflexibilidade psicológica ou evitamento experiencial e integra itens como “Tenho medo dos meus sentimentos”, “As minhas experiências e memórias dolorosas dificultam que eu viva uma vida que valorize”. A versão original revelou um alfa de Cronbach de .84 (Bond et al., 2011). No estudo de validação da versão portuguesa foi obtido um valor de alfa de Cronbach de .90 (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis & Xavier, 2012). Neste estudo, foi encontrado um valor de alfa de Cronbach de .94.

A *Chronic Illness-Related Shame* (CISS, Trindade, Ferreira & Pinto-Gouveia, 2017), possui 7 itens (*e.g.*, “Sinto-me isolado(a) devido à minha doença”; “Sinto-me inseguro(a) devido à minha doença), tendo uma escala de autorresposta do tipo Likert, que varia entre 0 (Nunca verdadeiro) e 4 (Sempre verdadeiro). É um questionário desenvolvido com o propósito de avaliar o grau de vergonha associada à doença crónica diagnosticada e à sua sintomatologia. Apresenta boa consistência interna (alfa de Cronbach de .91) (Trindade, Ferreira & Pinto-Gouveia, 2017). No presente estudo, verificou-se que o valor de consistência interna da CISS é de .94.

No final, é apresentada uma breve escala de impacto da doença (Anexo 1), que engloba 5 domínios: Estudos/Trabalho; Vida social/convívio com amigos; Relações familiares; Relações íntimas/amorosas; Atividades de lazer/*hobbies*. É uma escala de autorresposta, em que estas variam de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Nada incapacitante” e 10 a “Severamente incapacitante”.

Procedimentos

Inicialmente, foi requerido, através de *email*, a autorização para o uso dos instrumentos definidos, sendo que esta autorização foi prontamente concedida (Apêndice B).

Para efeitos de recolha de dados, foi contactada a Associação Portuguesa da Psoríase (PSOPortugal) solicitando a cooperação na divulgação deste estudo. A PSOPortugal disponibilizou o *link* de acesso ao *Google docs*, plataforma onde se encontrava alojado o protocolo, através do seu *Facebook* e de *emails* enviados aos seus associados. Juntamente com o *link*, apresentou-se um pequeno texto elucidativo do âmbito e objetivos deste estudo. Também foi incluído, com o intuito dos investigadores esclarecerem quaisquer dúvidas que pudessem surgir, um endereço de *email*. Foi assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados, sendo o preenchimento de carácter voluntário. Os participantes deram o seu consentimento informado, sendo esta uma condição obrigatória para o preenchimento do protocolo.

Análise estatística

Para efeitos de tratamento de dados foi utilizado o programa *Statistics Package for the Social Sciences* (SPSS, v. 25). Procedeu-se ao cálculo da consistência interna das medidas usadas através do alfa de Cronbach. No que respeita à caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva com cálculo das médias e desvios-padrão das variáveis contínuas e frequências e percentagens das variáveis categoriais, quer no que se refere a variáveis sociodemográficas, quer no que respeita a variáveis clínicas. Relativamente às variáveis em estudo, começou-se por recorrer a estatística descritiva de modo a descrever os resultados obtidos na presente amostra no que concerne aos sintomas emocionais negativos, aos processos de regulação emocional e à vergonha associada à doença crónica. Com o intuito de avaliar a existência de diferenças entre homens e mulheres relativamente às variáveis em estudo foram calculados testes *t* para amostras independentes. Para além disso, foram usados testes *t* para uma amostra, comparando os resultados médios ao nível dos sintomas emocionais negativos na presente amostra com os reportados no estudo de Pinto, Martins, Pinheiro e Oliveira (2015), numa amostra da população geral portuguesa. Na estimação da associação entre as variáveis recorreu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson. Nesta análise foi seguida a tipologia de Pallant (2013), sendo considerada uma correlação baixa ($.10 < r < .29$), uma correlação moderada ($.30 < r < .49$) e correlação elevada ($.50 < r < 1.0$). De modo a averiguar a contribuição das diferentes variáveis preditoras na explicação dos sintomas psicopatológicos,

foram utilizadas análises de regressão linear múltipla e hierárquica. Previamente a estas foram verificados os pressupostos inerentes ao tamanho da amostra e à ausência de multicolinearidade. De modo a confirmar os pressupostos para realização das análises de regressão foi avaliada a adequação da dimensão da amostra tendo-se verificado que esta se encontra salvaguardada, dado que $N > 50 + 8m$ (Tabachnick & Fidel, 2013). Relativamente ao pressuposto da multicolinearidade todas as variáveis independentes revelaram valores de tolerância $> .10$ e VIF inferiores a 10 (Tabachnick & Fidel, 2013). Para além disso, o pressuposto da independência foi validado com a estatística de Durbin-Watson ($d = 1.87$) o que, de acordo com Field (2009), não é indicador de violação deste pressuposto. Em todas as análises foi considerado um nível de significância inferior a .05.

Resultados

As médias e desvios-padrão dos sintomas psicopatológicos, processos de regulação emocional e vergonha associada à doença crónica na amostra total, assim como a comparação destas médias em função do sexo, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Médias e desvios padrão do total da amostra e diferenças entre homens e mulheres relativamente às variáveis em estudo

	Amostra total		Homens		Mulheres			
	(N = 148)		(n = 36)		(n = 112)			
	M	DP	M	DP	M	DP	t	p
EADS Depressão	5.95	4.85	4.44	4.03	6.43	5.01	-2.16	.032
EADS Ansiedade	5.59	4.67	3.94	3.90	6.13	4.79	-2.48	.014
EADS Stress	8.68	5.15	5.81	4.34	9.60	5.06	-4.04	.000
SCS Autocompaixão	38.58	10.93	37.80	11.98	38.83	10.61	-.488	.626
SCS Autojulgamento	36.05	12.06	30.52	11.65	37.83	11.69	-3.26	.001
CFQ-CI	21.47	12.33	15.42	9.06	23.42	12.64	-3.52	.001
AAQ-II	20.93	11.10	17.03	9.76	22.18	11.24	-2.47	.015
CISS	10.41	8.22	6.44	6.07	11.68	8.43	-3.44	.001

Nota: EADS Depressão = Sintomas de depressão; EADS Ansiedade = Sintomas de ansiedade; EADS Stress = Sintomas de stress; SCS Autocompaixão = Escala de Autocompaixão, com o índice compósito da autocompaixão (Calor/compreensão, condição humana e *Mindfulness*); SCS Autojulgamento = Escala de Autocompaixão, com o índice compósito de autojulgamento (Autocrítica, Isolamento, Sobreidentificação); CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire-II*; CISS = *Chronic Illness-Related Shame*.

Como se pode constatar através da análise da Tabela 1, em todas as variáveis consideradas se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) entre homens e mulheres, com exceção do índice compósito da autocompaixão. Em todas as variáveis, as participantes do sexo feminino evidenciaram valores significativamente mais altos quando comparadas com os participantes do sexo masculino.

Para efeitos de comparação entre os valores médios dos sintomas de depressão, ansiedade e stress nos homens e mulheres da presente amostra e os encontrados em homens e mulheres da população geral foram conduzidos testes t para uma amostra. Os resultados mostraram que os homens com Psoríase não se distinguem dos homens da população geral (presumivelmente sem este diagnóstico) ($p > .05$) em nenhuma das variáveis consideradas. Já no que se refere às mulheres, as participantes com Psoríase revelaram valores significativamente mais altos nos sintomas depressivos ($t = 5.54$; $p = < .001$), nos sintomas

ansiosos ($t = 7.39$; $p < .001$), e nos sintomas de stress ($t = 5.88$; $p < .001$), por comparação com as mulheres da amostra da população geral.

Tendo sido realizada a análise das correlações entre as variáveis sociodemográficas, tempo de diagnóstico de Psoríase e as variáveis em estudo, verificou-se que a idade se correlaciona de forma estatisticamente significativa com os sintomas de depressão ($r = -.19$; $p = .024$), com os sintomas de *stress* ($r = -.19$; $p = .024$), com a fusão cognitiva ($r = -.19$; $p = .020$), com a inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial ($r = -.25$; $p = .002$), com o autojulgamento ($r = -.23$; $p = .004$) e com a vergonha relacionada com a doença crónica ($r = -.25$; $p = .002$). Ao considerar os anos de escolaridade apenas se observaram associações estatisticamente significativas com os sintomas de depressão ($r = -.30$; $p < .001$), de ansiedade ($r = -.31$; $p < .001$) e de *stress* ($r = -.20$; $p = .016$). No que se refere à duração do diagnóstico, ou seja, ao número de anos em que os participantes vivem com Psoríase, apenas se observou uma correlação positiva estatisticamente significativa com o índice compósito de autocompaixão ($r = .18$; $p = .032$).

Com o objetivo de identificar o conjunto de variáveis com maior contributo na predição de sintomas depressivos em pessoas com Psoríase, foi conduzida uma análise de regressão linear múltipla usando as variáveis sociodemográficas (idade e anos de escolaridade) num primeiro bloco de preditores, os processos de regulação emocional (fusão cognitiva associada à doença crónica, inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial, autocompaixão e autojulgamento) num segundo bloco de variáveis independentes e, por último, a vergonha associada à doença crónica num terceiro bloco de preditores. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Análise de regressão linear múltipla utilizando a idade, a escolaridade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento e a vergonha associada à doença crónica na predição dos sintomas de depressão

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.40	.15	13.66	< .001			
Idade					-.06	-.91	.362
Escolaridade					-.27	-4.76	< .001
Modelo 2	.75	.54	31.72	< .001			
CFQ-CI					-.19	-1.82	.070
AAQ-II					.38	3.91	< .001
SCS Autocompaixão					-.01	-.13	.901
SCS Autojulgamento					.32	4.00	< .001
Modelo 3	.76	.56	7.72	.006			
CISS					.26	2.78	.006

Nota: CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS Autocompaixão = Índice compósito da autocompaixão; SCS Autojulgamento = Índice compósito de autojulgamento; CISS = *Chronic Illness-Related Shame*;

O primeiro bloco da função de regressão contribuiu com 15% ($R^2 = .15$) para o total da variância, o segundo bloco contribuiu com 54% ($R^2 = .54$) e o terceiro bloco acrescentou 2% ($R^2 = .56$). No seu conjunto as variáveis preditoras consideradas explicaram 56% do total dos sintomas depressivos, constituindo este um modelo preditor significativo. No modelo com os três blocos o valor de β mais elevado foi o da inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial ($\beta = .38$; $p < .001$), seguido do autojulgamento ($\beta = .32$; $p < .001$), dos anos de escolaridade ($\beta = -.27$; $p < .001$) e da vergonha associada à doença crónica ($\beta = .26$; $p = .006$). As variáveis idade, fusão cognitiva e índice compósito de autocompaixão não atuaram como preditores significativos. Estes resultados sugerem que o facto de os sujeitos apresentarem inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial, autojulgamento, um menor nível de escolaridade e vergonha associada à doença permite predizer mais sintomas depressivos.

Uma análise semelhante foi conduzida tendo como variável dependente os sintomas de ansiedade, medidos através da subescala de ansiedade da EADS-21. No que respeita às variáveis independentes, foi considerado num primeiro bloco os anos de escolaridade (uma vez

que a idade e o tempo de diagnóstico não se revelaram associados aos sintomas de ansiedade). Num segundo bloco foram considerados a fusão cognitiva relacionada com a doença crónica, a inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial, o autojulgamento e a autocompaixão. Por último, foi adicionado um terceiro bloco contendo a variável vergonha associada à doença crónica. Os resultados desta análise estão expostos na Tabela 3.

Tabela 3

Análise de regressão linear múltipla utilizando a escolaridade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento e a vergonha associada à doença crónica na predição dos sintomas de ansiedade

Preditores	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>P</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.31	.09	15.20	< .001			
Escolaridade					-.28	- 4.27	< .001
Modelo 2	.62	.37	17.03	< .001			
CFQ-CI					-.16	- 1.23	.219
AAQ-II					.40	3.48	.001
SCS Autocompaixão					.01	.14	.890
SCS Autojulgamento					.22	2.25	.026
Modelo 3	.63	.37	1.67	.199			
CISS					.14	1.30	.199

Nota: CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS Autocompaixão = Índice compósito da autocompaixão; SCS Autojulgamento = Índice compósito de autojulgamento; CISS = *Chronic Illness-Related Shame*

O primeiro bloco da função de regressão contribuiu com 9% ($R^2 = .09$) para o total da variância, o segundo bloco contribuiu com 37% ($R^2 = .37$) e o terceiro bloco não acrescentou qualquer contributo ($R^2 = .37$). No seu conjunto, as variáveis preditoras consideradas explicaram 37% do total dos sintomas ansiosos, constituindo este um modelo preditor significativo. No modelo com os três blocos o valor de β mais elevado foi o da inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial ($\beta = .40$; $p = .001$), seguido dos anos de escolaridade ($\beta = -.28$; $p < .001$) e do autojulgamento ($\beta = .22$; $p = .026$). As variáveis fusão cognitiva, índice compósito de autocompaixão e vergonha associada à doença crónica não se revelaram preditores significativos. Estes resultados sugerem que o facto de os sujeitos apresentarem

inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial, níveis de escolaridade mais baixos e autojulgamento permite predizer mais sintomas ansiosos.

Por último, foi explorado um modelo semelhante aos anteriores no qual os sintomas de *stress* foram tidos como variável dependente, sendo os resultados reportados na Tabela 4. O primeiro bloco da função de regressão (com as variáveis idade e anos de escolaridade) contribuiu com 8% ($R^2 = .08$) para o total da variância, o segundo bloco contribuiu com 45% ($R^2 = .45$) e o terceiro bloco não acrescentou qualquer contributo ($R^2 = .45$). No seu conjunto as variáveis predictoras consideradas explicaram 45% do total dos sintomas de *stress*, sendo este um modelo preditor significativo.

Tabela 4

Análise de regressão linear múltipla utilizando a idade, a escolaridade, a fusão cognitiva, a inflexibilidade psicológica, os índices compósitos de autocompaixão e de autojulgamento e a vergonha associada à doença crónica na predição dos sintomas de stress

Preditores	<i>r</i>	R^2	<i>F</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1	.31	.08	7.76	.001			
Idade					-.06	-.95	.344
Escolaridade					-.18	-2.81	.006
Modelo 2	.69	.45	25.21	< .001			
CFQ-CI					-.11	-.96	.340
AAQ-II					.27	2.49	.014
SCS Autocompaixão					-.09	-1.30	.194
SCS Autojulgamento					.40	4.41	< .001
Modelo 3	.69	.45	1.44	.233			
CISS					.12	1.20	.233

Nota: CFQ-CI = *Cognitive Fusion Questionnaire-Chronic Illness*; AAQ-II = *Acceptance and Action Questionnaire-II*; SCS Autocompaixão = Índice compósito da autocompaixão; SCS Autojulgamento = Índice compósito de autojulgamento; CISS = *Chronic Illness-Related Shame*

No modelo com os três blocos o valor de β mais elevado foi o do autojulgamento ($\beta = .40$; $p < .001$), seguido da inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial ($\beta = .27$; $p = .014$) e dos anos de escolaridade ($\beta = -.18$; $p = .006$). As variáveis idade, fusão cognitiva, índice compósito de autocompaixão e vergonha associada à doença crónica não atuaram como

preditores significativos. Estes resultados sugerem que o facto de os sujeitos recorrerem a estratégias de autocritica, isolamento e sobreidentificação, bem como apresentarem inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial e um nível de escolaridade mais baixo prediz a evidência de sintomas de *stress*.

Tal como referido nos objetivos, procurou-se apurar quais as áreas da vida mais afetadas pela doença, assim como a existência de diferenças entre homens e mulheres relativamente às áreas que sofrem um impacto da Psoríase.

Como se pode observar na Tabela 5, a área que os participantes consideram mais influência sofrer pelo facto de terem que lidar com a doença é a das relações íntimas, seguida das atividades e do estudo/trabalho.

Tabela 5

Médias e desvios padrão na amostra total e comparação por sexo no que diz respeito às áreas da vida afetadas pela Psoríase

	Amostra total		Homens		Mulheres			
	(N = 148)		(n = 36)		(n = 112)			
	M	DP	M	DP	M	DP	t	p
Áreas								
Estudos/trabalho	4.07	2.71	2.81	2.29	4.48	2.72	-3.33	.001
Vida social	3.87	2.66	3.00	2.35	4.15	2.71	-2.29	.023
Relações familiares	3.28	2.68	2.39	2.27	3.56	2.75	-2.32	.022
Relações íntimas	4.39	3.17	3.36	2.96	4.72	3.18	-2.27	.025
Atividades de lazer	4.27	2.80	3.42	2.60	4.54	2.82	-2.13	.035

De notar que em todas as áreas consideradas existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres com estas últimas a evidenciarem valores médios mais elevados do impacto que a doença tem nas diferentes áreas das suas vidas.

Discussão

O presente estudo visou fundamentalmente a identificação de variáveis preditoras dos sintomas emocionais negativos de depressão, ansiedade e *stress* em pessoas com Psoríase. Adicionalmente, foi ainda explorada a existência de diferenças entre homens e mulheres, não apenas em relação aos sintomas psicopatológicos, aos processos de regulação emocional e à vergonha relacionada com a doença mas também no que respeita à extensão do impacto da doença em diferentes áreas da vida dos indivíduos.

Considerando os sintomas de ansiedade, depressão e *stress*, os participantes da presente amostra apresentaram valores mais elevados comparativamente aos da população geral. Contudo, a análise desta comparação nos sujeitos do sexo masculino não revelou existirem diferenças estatisticamente significativas. Assim, os homens com um diagnóstico de Psoríase não se distinguem dos homens da população geral, presumivelmente sem este diagnóstico (Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015). Já no que se refere ao sexo feminino, esta comparação indicou que as mulheres que lidam com esta doença apresentam valores de sintomas de ansiedade, depressão e *stress* mais elevados do que as mulheres da população geral (Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015). Com efeito, estudos anteriores já sugeriam este tipo de padrão, com as mulheres portadoras desta doença a evidenciarem níveis mais elevados de ansiedade e depressão (*e.g.*, Lesner et al., 2017; Petraskiene, Valiukevičienė & Macijauskienė, 2016).

Relativamente à vergonha associada à doença crónica, foram igualmente encontradas diferenças entre homens e mulheres na nossa amostra. Este dado encontra-se em consonância com o reportado noutros estudos que também indicaram que as mulheres com Psoríase tendem a experienciar níveis mais elevados de vergonha, comparativamente com os homens que apresentam esta condição clínica (*e.g.*, Perrott, Murray, Lowe, & Ruggiero, 2000; Koo, 1996).

Ao serem tidos em conta os sintomas de depressão, verificou-se que a inflexibilidade psicológica, o autojulgamento, os anos de escolaridade e a vergonha relativa à doença crónica constituíram os preditores significativos. Estes resultados remetem para a ideia de que a inflexibilidade psicológica, no presente caso medida através do evitamento experiencial, assim como o autojulgamento, avaliado através das subescalas de isolamento, autocrítica e sobreidentificação, constituem processos de regulação emocional associados à sintomatologia depressiva. Esta associação tem vindo a ser encontrada noutros estudos, com diversas populações, sublinhando que a tendência para controlar, evitar ou sobreenvolver-se com

acontecimentos privados negativos tem efeitos paradoxais e associa-se a diversas formas de psicopatologia, como é o caso da depressão (*e.g.*, Hayes, Strosahl & Wilson, 2012; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). De modo idêntico, também a vergonha tem vindo a ser claramente relacionada com a sintomatologia depressiva (*e.g.*, Gilbert, 2002; Gilbert, 1998; Matos & Pinto-Gouveia, 2010). Especificamente na Psoríase, Łakuta, Marcinkiewicz, Bergler-Czop e Brzezińska-Wcisło (2017) referem que a presença de lesões psoriáticas podem conduzir a experiências de estigmatização e que estas, por sua vez, se associam a uma atitude emocional mais negativa em relação ao corpo e, conseqüentemente, a um maior nível de sintomatologia depressiva. Efetivamente, a vergonha associada à doença pode resultar da crença destes doentes de que as suas características são avaliadas negativamente pelos outros como inadequadas, pouco atraentes, isto é, de que existem negativamente na mente dos outros (Gilbert, 1998; Gilbert, 2002; Gilbert, 2007). Neste caso, está espelhado o construto de vergonha externa. No entanto, a vergonha associada à doença integra também a percepção do *self* como inferior ou defeituoso (Gilbert, 1998; Gilbert, 2002). De acrescentar que a vergonha interna, de acordo com Gilbert e Irons (2005), tende a associar-se a respostas defensivas, como é o caso do autojulgamento. No presente estudo, o autojulgamento, entendido como autocrítica dirigida ao *self* pelos erros, dificuldades ou defeitos, a sobreidentificação com o afeto negativo face a situações dolorosas e o isolamento, considerando que a sua condição é única e difícil de compreender por parte dos outros, foi também um preditor dos sintomas depressivos. Como tal, hipotetizamos que doentes com Psoríase, em particular os que apresentam lesões mais visíveis podem, teoricamente, apresentar uma maior predisposição para experienciar vergonha, em particular as mulheres. Efetivamente, se considerarmos que a Psoríase é uma doença dermatológica, estando relacionada com preocupações com a aparência, podemos equacionar que os padrões de beleza/aparência poderão ser mais rígidos para as mulheres, tornando-se esta mais perversa (Grabe, Ward, & Hyde, 2008). Na globalidade, o padrão de resultados encontrado parece aplicar-se à doença crónica. A título de exemplo e numa condição médica mais específica Trindade (2018) refere que níveis mais elevados de vergonha associada à doença inflamatória do intestino estão relacionados com níveis mais altos de sintomas depressivos, sugerindo que o efeito desta emoção de vergonha específica da doença tem um efeito patogénico.

No que concerne à ansiedade, uma vez mais o evitamento experiencial atuou como preditor significativo. Resultados idênticos foram encontrados no estudo de Bardeen e Fergus (2016) que, numa amostra da população geral, identificaram o evitamento experiencial como

um preditor dos sintomas ansiosos, da depressão, do *stress* e do *stress* pós-traumático. No entanto, estes mesmos autores referem também a fusão cognitiva como um mecanismo preditor desta sintomatologia, o que não se verificou no presente estudo. De notar que a relação entre fusão cognitiva e evitamento experiencial deverá pois ser alvo de análise em estudos futuros com esta população. Ainda assim, de acordo com Hayes, Strosahl e Wilson (2012) a fusão cognitiva só se torna maladaptativa quando os indivíduos não dispõem de alternativas que possam ser aplicadas de forma flexível. O índice compósito de autojulgamento foi outro dos preditores encontrados para a sintomatologia ansiosa. Efetivamente, o autojulgamento mostrou uma correlação positiva moderada com a ansiedade em doentes crónicos com uma magnitude mais elevada do que a associação encontrada na população geral (Pinto-Gouveia, Duarte, Matos & Fráguas. 2013).

Já no que diz respeito aos sintomas de *stress* foram identificados como preditores significativos o autojulgamento, a inflexibilidade psicológica, esta última traduzida pelo evitamento experiencial. Ao lidar com as dificuldades inerentes à doença, os participantes podem socorrer-se de uma atitude autocrítica como forma de se defenderem e poderem melhorar o seu desempenho, por exemplo em termos sociais. Por outro lado, podem também isolar-se, ficando menos expostos ao escrutínio dos outros, considerando que o seu problema os impede de estabelecer relações satisfatórias. Paralelamente, ao usarem o evitamento experiencial, procuram não estar em contacto com emoções negativas e exercer algum tipo de controlo sobre acontecimentos privados aversivos. Este mecanismo de regulação emocional tem vindo a ser apontado como transversal a diversas condições clínicas no que diz respeito a variáveis de saúde mental. De facto, a indisponibilidade para estar em contacto com experiências privadas dolorosas, sem tentar controlá-las ou modificá-las, parece estar associada com diversos sintomas psicopatológicos, como é o caso da depressão, da ansiedade e do *stress*, o que também se observou na presente investigação. A título de exemplo, refira-se o estudo de Costa e Pinto-Gouveia (2013) que em pessoas com dor crónica identificaram o evitamento experiencial e a autocompaixão como os fatores que melhor explicam as dificuldades psicológicas.

É também de notar que nos diferentes sintomas emocionais negativos considerados (depressão, ansiedade e *stress*), os anos de escolaridade revelaram ser um preditor significativo. Tal leva a colocar a hipótese de a escolaridade mais elevada poder funcionar como um fator protetor em relação a este tipo de sintomatologia. No caso específico da Psoríase, este dado é consistente com o reportado Petraskiene, Valiukevičienė e Macijauskienė (2016), que referem

que a ansiedade em pessoas com Psoríase era mais frequente nas mulheres e em indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos. Este dado poderá relacionar-se com um maior nível de informação e melhor compreensão acerca da doença, mas poderá ser melhor explorado em investigações futuras.

De acrescentar que a duração do diagnóstico não se mostrou relacionada com nenhuma das variáveis em estudo, quer no que respeita aos sintomas psicopatológicos, vergonha associada à doença e processos de regulação emocional. Exceção verificou-se com a autocompaixão, sendo que os indivíduos que lidam com a doença há mais tempo tendem a evidenciar mais autocompaixão. Ainda que esta associação seja de fraca magnitude, pode equacionar-se que lidar com a doença ao longo do tempo poderá conduzir a uma maior atitude de calor/compreensão dirigida ao eu, bem como à capacidade de ter uma perspetiva mais alargada do seu sofrimento. Por sua vez, Łakuta, Marcinkiewicz, Bergler-Czop e Brzezińska-Wcisło (2015) referem que os indivíduos com Psoríase há mais tempo mostram níveis mais baixos de depressão e melhor adaptação à convivência com a doença, não deixando de sugerir a necessidade de mais estudos que possibilitem uma melhor compreensão destas associações.

Ao serem exploradas as áreas da vida dos participantes que estes consideram sofrer influência da sua condição clínica, verifica-se que a área mais afetada é a das relações íntimas, seguida das atividades de lazer/*hobbies*. Eghlileb, Davies, e Finlay (2007) reportaram que em particular a relação com o companheiro/companheira pode ser prejudicada, não apenas pelas exigências dos tratamentos, mas também pelo evitamento de atividades sociais, de lazer/*hobbies*. Ainda assim, estes autores englobam as relações familiares como uma das áreas mais afetadas sendo que, no nosso estudo, essa foi precisamente aquela que os participantes indicaram como sofrendo um menor impacto. Também a este respeito se sugere a realização de mais estudos, com instrumentos mais robustos, por exemplo, o recurso a entrevistas estruturadas, que possibilitem, não só a identificação, mas também o grau ou extensão das áreas afetadas.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados atendendo a algumas limitações. Em primeiro lugar, o seu desenho transversal não permite o estabelecimento de relações de causalidade ou a identificação de elementos caracterizadores de diferentes fases do processo da doença. Nesta sequência investigações futuras, de natureza longitudinal, poderão revelar-se úteis na clarificação das associações entre as variáveis e, eventualmente, indicar aspetos relevantes relativamente à adaptação destes doentes. Por outro lado, apesar da recolha

de dados *online* possibilitar o recrutamento de um maior número de participantes, possuindo um carácter mais privado, facilitador da revelação de aspetos mais sensíveis, não deixa de ter limitações. Por exemplo, um enviesamento da amostra ou a menor representatividade da população (*e.g.*, os participantes com um maior nível de escolaridade tendem a ter um maior acesso a plataformas *online*), limitando a possibilidade de generalizar os resultados obtidos (Wright, 2005).

Apesar das limitações mencionadas, este estudo sugere que os processos de regulação emocional constituem aspetos importantes na forma como os doentes com Psoríase lidam com experiências difíceis. Como tal, a avaliação destes processos, bem como da vergonha face aos sintomas depressivos deve ser contemplada nas intervenções psicológicas destinadas a estes pacientes. Neste contexto, as intervenções dirigidas a pessoas com Psoríase, para além dos tratamentos dermatológicos, deverão, no âmbito do apoio psicológico, englobar a promoção de estratégias de regulação emocional adaptativas. Atendendo a que as abordagens terapêuticas cognitivo-comportamentais contextuais, como é o caso dos programas baseados no *Mindfulness* (Kabat, 1990) da *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006) e da *Compassion Focused Therapy* (Gilbert, 2010) trabalham especificamente os processos de regulação emocional, poderão ser indicadas como relevantes para estes doentes.

Referências

- Alharbi, T., Alzahrani, A., Hakami, A., Almohammadi, A., Alsaadi, A., Magbel, N. B., ... Alkhezzi, S. (2018). Psoriasis pathophysiology and impact on life. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(9), 3663-3667. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20183383
- Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J., & Teixeira, A. (2016). Emotion regulation in patients with psoriasis: Correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 563–570. doi:10.1007/s12529-016-9617-0
- Armesto, S., Esteve, A., Coto-Segura, P., Drake, M., Galache, C., Martínez-Borra, J., & Santos-Juanes, J. (2011). Psoriasis ungueal: Estudio en 661 pacientes con psoriasis vulgar. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 102(5), 365–372. doi:10.1016/j.ad.2011.02.007
- Associação Portuguesa da Psoríase. (s.d.). *Psoríase. Tipos*. Retrieved from http://www.psoportugal.pt/live/page_reader.php?p=302&t=VGlbw3M=&g=UHNvcsOtYXNI
- Baadsgaard, O. I., Fisher, G., Voorhees, J. J., & Cooper, K. D. (1990). The role of immune system in the pathogenesis of psoriasis. *Journal of Investigative Dermatology*, 95(5), 32–34. doi:10.1111/1523-1747.ep12505715
- Balato, N., Di Costanzo, L., Patrino, C., Patrì, A., & Ayala, F. (2013). Effect of weather and environmental factors on the clinical course of psoriasis. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(8), 600. doi:10.1136/oemed-2013-101505
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. doi:10.1016/j.jcbs.2016.02.002
- Bhatti, Z. U., Finlay, A. Y., Bolton, C. E., George, L., Halcox, J. P., Jones, S. M., ... Salek, M. S. (2013). Chronic disease influences over 40 major life-changing decisions (MLCDs): a qualitative study in dermatology and general medicine. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(10), 1344–1355. doi:10.1111/jdv.12289
- Bond F. W., Hayes S. C., Baer R. A., Carpenter K. M., Guenole N., Orcutt H. K., Waltz T., & Zettle R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action

- Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. doi: 10.1037/t11921-000
- Carvalho, R., Marques-Pinto, G., & Cardoso, J. (2012). Psoriasis phototherapy experience from a Lisbon unit: a still valid therapeutic approach in the 21st century. *Cutaneous and Ocular Toxicology*, 32(1), 78–82. doi:10.3109/15569527.2011.647182
- Castilho, P., & Gouveia, J. P (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230. Retrived from <http://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1106>
- Christophers, E., Barker, J., Griffiths, C., Daudén, E., Milligan, G., Molta, C., ... Boggs, R. (2010). The risk of psoriatic arthritis remains constant following initial diagnosis of psoriasis among patients seen in European dermatology clinics. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24(5), 548–554. doi:10.1111/j.1468-3083.2009.03463.x
- Cohen, A. D., Sherf, M., Vidavsky, L., Vardy, D. A., Shapiro, J., & Meyerovitch, J. (2008). Association between psoriasis and the metabolic syndrome. *Dermatology*, 216(2), 152–155. doi:10.1159/000111512
- Cohen, A., Dreiherr, J., & Birkenfeld, S. (2009). Psoriasis associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(5), 561–565. doi:10.1111/j.1468-3083.2008.03031.x
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(8), 1578-1591. doi:10.1111/jasp.12107
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., ... Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: A cross-Sectional multicenter study among dermatological out-Patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, 135(4), 984–991. doi:10.1038/jid.2014.530
- Eastmond, C. J., & Wright, V. (1979). The nail dystrophy of psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 38(3), 226–228. doi:10.1136/ard.38.3.226
- Eghlileb, A. M., Davies, E. E. G., & Finlay, A. Y. (2007). Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *British Journal of Dermatology*, 156(6), 1245–1250. doi:10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS: and sex, drugs and rock 'n' roll* (3th ed.). Los Angeles: SAGE Publications.

- Figueiredo, C., Sousa, D., Escudeiro, I., Melancia, J., Ferreira, P., Torres, T., & Baião, V. (2017). *Psoríase*. Associação Portuguesa da Psoríase, 1, 1-20 Retrieved from <https://pt.calameo.com/read/005346051ff36b54a8520?page=1>
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 157–174. doi:10.1348/014466502163949
- Gelfand, J. M., Gladman, D. D., Mease, P. J., Smith, N., Margolis, D. J., Nijsten, T., ... Rolstad, T. (2005). Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53(4), 573-577. doi:10.1016/j.jaad.2005.03.046
- Miltra, A. D., & Miltra A. (2013). Clinical Presentation of Psoriasis. In H. Lima (Eds.), *Psoriasis-Types, Causes and Medication* (pp. 39-53). Croatia: IntechOpen. doi: 10.5772/55866.
- Gerdes, S., Zahl, V. A., Weichenthal, M., & Mrowietz, U. (2010). Smoking and alcohol intake in severely affected patients with psoriasis in Germany. *Dermatology*, 220(1), 38–43. doi:10.1159/000265557
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In B. Andrews, & P. Gilbert (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In P. Gilbert, & J. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualization, Research and Treatment* (pp. 3-54). New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robison & J. P. Tangney (Eds.), *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 283-309). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Hove: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. W. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263-325). Hove: Routledge.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001

- Gottlieb, A., Korman, N. J., Gordon, K. B., Feldman, S. R., Lebwohl, M., Koo, J. Y. M., ... Menter, A. (2008). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(5), 851–864. doi:10.1016/j.jaad.2008.02.040
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin*, 134(3), 460-476. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460
- Groves, R. W., Mizutani, H., Kieffer, J. D., & Kupper, T. S. (1995). Inflammatory skin disease in transgenic mice that express high levels of interleukin 1 alpha in basal epidermis. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 92(25), 11874–11878. doi:10.1073/pnas.92.25.11874
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1995). Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *International Journal of Dermatology*, 34(10), 700–703. doi:10.1111/j.1365-4362.1995.tb04656.x
- Hägg, D., Eriksson, M., Sundström, A., & Schmitt-Egenolf, M. (2013). The higher proportion of men with psoriasis treated with biologics may be explained by more severe disease in men. *PLOS ONE*, 8(5), 1-6. doi:10.1371/journal.pone.0063619
- Hartman, R. I., & Kimball, A. B. (2016). Clinical presentation of psoriasis and psoriatic arthritis. In R. Warren & A. Menter (Eds.), *Handbook of Psoriasis and Psoriatic Arthritis* (pp. 17-26). Switzerland: Springer.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2th ed.). New York: Guilford Press.
- Haneke, E. (2017). Nail psoriasis: clinical features, pathogenesis, differential diagnoses, and management. *Psoriasis: Targets and Therapy*, 7, 51–63. doi:10.2147/ptt.s126281
- Henseler, T., & Christophers, E. (1985). Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 13(3), 450–456. doi:10.1016/s0190-9622(85)70188-0
- Hrehorów, E., Salomon, J., Matuaiak, L., Reich, A., & Szepletowski, J. (2012). Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Dermato Venereologica*, 92(1), 67–72. doi:10.2340/00015555-1193

- Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbricatore, M., ... Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 200–208. doi:10.1016/j.comppsy.2016.08.001
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta.
- Kalayciyan, A., Aydemir, E. H., & Kotogyan, A. (2007). Experimental koebner phenomenon in patients with psoriasis. *Dermatology*, 215(2), 114–117. doi:10.1159/000104261
- Katz, M., Seidenbaum, M., & Weinrauch, L. (1987). Penicillin-induced generalized pustular psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 17(5), 918–920. doi:10.1016/s0190-9622(87)70281-3
- Koo, J. (1996). Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatologic Clinics*, 14(3), 485–496. doi:10.1016/s0733-8635(05)70376-4
- Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., & Brzezińska-Wcisło, L. (2016). The relationship between psoriasis and depression: A multiple mediation model. *Body Image*, 19, 126–132. doi:10.1016/j.bodyim.2016.08.004
- Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., & Brzezińska-Wcisło, L. (2017). How does stigma affect people with psoriasis?. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 34(1), 36-41. doi:10.5114/pdia.2016.62286
- Langley, R. G. B., Krueger, C. G., & Griffiths, C. E. M. (2005). Psoriasis: Epidemiology, clinical features, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Disease*, 64(Supl.2), 18-23. doi: 10.1136/ard.2004.033217
- Lesner, K., Reich, A., Szepietowski, J. C., Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., ... & Szabó, C. (2017). Determinants of psychosocial health in psoriatic patients: A multinational study. *Acta dermato-venereologica*, 97(10), 1182-1188. doi:10.2340/00015555-2760
- Leung, D. Y., Travers, J. B., Giorno, R., Norris, D. A., Skinner, R., Aelion, J., ... Kotb, M. (1995). Evidence for a streptococcal superantigen-driven process in acute guttate psoriasis. *Journal of Clinical Investigation*, 96(5), 2106–2112. doi:10.1172/jci118263
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U

- Ma, C., & Maverakis, E. (2018). Current recommendations for the treatment of psoriasis. In S. P. Raychaudhri, S. K., Raychaudhri, & D. Bagchi (Eds.), *Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Pathophysiology, Therapeutic Intervention, and Complementary Medicine* (pp. 177-193). Boca Raton: CRC Press.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(4), 299-312. doi:10.1002/cpp.659
- McKenna, K. E., & Stern, R. S. (1997). The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 36(3), 388–394. doi:10.1016/s0190-9622(97)80214-9
- Mease, P. J., Gladman, D. D., Papp, K. A., Khraishi, M. M., Thaçi, D., Behrens, F., ... Alvarez, D. (2013). Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 69(5), 729–735. doi:10.1016/j.jaad.2013.07.023
- Mehta, N. N., Yu, Y., Pinnelas, R., Krishnamoorthy, P., Shin, D. B., Troxel, A. B., & Gelfand, J. M. (2011). Attributable risk estimate of severe psoriasis on major cardiovascular Events. *The American Journal of Medicine*, 124(8), 775-775. doi:10.1016/j.amjmed.2011.03.028
- Melancia, J., Mestre, R., Ferreira, P., Rodrigues, J., Monteiro, M. S., Lopes, M. J. P., & Crisóstomo, S. (2018). *Psoríase. Associação Portuguesa da Psoríase*, 2, 1-20. Retrieved from <https://pt.calameo.com/read/0053460510a75cb9ee526?page=3>
- Mingorance, R. C., Loureiro, S. R., Okino, L., & Foss, N. T. (2001). Pacientes com psoríase: Adaptação psicossocial e características de personalidade. *Medicina*, 34, 315-324. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v34i3/4p315-324
- Naldi, L., & Gambini, D. (2007). The clinical spectrum of psoriasis. *Clinics in Dermatology*, 25(6), 510–518. doi:10.1016/j.clindermatol.2007.08.003
- Naldi, L., Chatenoud, L., Linder, D., Belloni Fortina, A., Peserico, A., Virgili, A. R., ... Vecchia, C. L. (2005). Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: Results from an Italian case-control study. *Journal of Investigative Dermatology*, 125(1), 61–67. doi:10.1111/j.0022-202x.2005.23681.x
- Naldi, L., Peli, L., Parazzini, F., & Carrel, C. F. (2001). Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: Results of a case-control study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44(3), 433–438. doi:10.1067/mjd.2001.110876

- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi:10.1080/15298860309027
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>
- Pallant, J. (2013). SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS (5th ed.). Crows Nest, NSW: Allen & Unwin.
- Perrott, S. B., Murray, A. H., Lowe, J., & Ruggiero, K. M. (2000). The personal-group discrimination discrepancy in persons living with psoriasis. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(1), 57–67. doi:10.1207/s15324834basp2201_6
- Petraškienė, R., Valiukevičienė, S., & Macijauskienė, J. (2016). Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina*, 52(4), 238-243. doi:10.1016/j.medici.2016.07.001
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: Um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163. doi:10.15309/15psd160202
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(4), 311-323. doi:10.1002/cpp.1838
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese Version. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139-156. Retrieved from <https://www.ijpsy.com/volumen12/num2/323/experiential-avoidance-in-clinical-and-non-EN.pdf>
- Rachakonda, T. D., Schupp, C. W., & Armstrong, A. W. (2014). Psoriasis prevalence among adults in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(3), 512–516. doi:10.1016/j.jaad.2013.11.013
- Raychaudhuri, S. P., & Gross, J. (2000). A comparative study of pediatric onset psoriasis with Adult Onset Psoriasis. *Pediatric Dermatology*, 17(3), 174–178. doi:10.1046/j.1525-1470.2000.01746.x

- Riyaz, F., R., & Lim, W. H. (2016). Phototherapy and photochemotherapy. In R. Warren & A. Menter (Eds.), *Handbook of Psoriasis and Psoriatic Arthritis* (pp. 203-217). Switzerland: Springer.
- Rønholt, K., & Iversen, L. (2017). Old and new biological therapies for psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(11), 1-23. doi:10.3390/ijms18112297
- Sarac, G., Koca, T. T., & Baglan, T. (2016). A short summary of clinical types of psoriasis. *Northern Clinics of Istanbul*, 3(1), 79-82. doi:10.14744/nci.2016.16023
- Seyhan, M., Coşkun, B. K., Sağlam, H., Özcan, H., & Karıncaoğlu, Y. (2006). Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatrics International*, 48(6), 525–530. doi:10.1111/j.1442-200x.2006.02270.x
- Snellman, E., Lauharanta, J., Reunanen, A., Jansen, C. T., Pakkasvirta, T. J., Kallio, M., & Waal, J. (1993). Effect of heliotherapy on skin and joint symptoms in psoriasis: a 6-month follow-up study. *British Journal of Dermatology*, 128(2), 172-177. doi:10.1111/j.1365-2133.1993.tb15147.x
- Swanbeck, G., Inerot, A., Martinsson, T., & Wahlstrom, J. (1994). A population genetic study of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 131(1), 32–39. doi:10.1111/j.1365-2133.1994.tb08454.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Pearson Education Inc.
- Tollefson, M. M., Crowson, C. S., McEvoy, M. T., & Maradit Kremers, H. (2010). Incidence of psoriasis in children: A population-based study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 62(6), 979–987. doi:10.1016/j.jaad.2009.07.029
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Chronic illness-related shame: Development of a new scale and novel approach for IBD patients' depressive symptomatology. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 255-263. doi: 10.1002/cpp.2035
- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Assessment of chronic illness-related cognitive fusion: Preliminary development and validation of a new scale with an IBD sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25, 356-366. doi: 10.1007/s10880-017-9536-5
- Trindade, I. A. (2018). *Emotion regulation and chronic illness: the roles of acceptance, mindfulness and compassion in physical and mental health* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Wilson, F. C., Icen, M., Crowson, C. S., McEvoy, M. T., Gabriel, S. E., & Kremers, H. M. (2009). Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A population-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 61(2), 233–239. doi:10.1002/art.24172
- Wright, K., B. (2005). Researching Internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10(3). doi:10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x
- Zangeneh, F. Z., & Shooshtary, F. S. (2013). Psoriasis - types, causes and medication In H. Lima (Eds.), *Psoriasis- Types, Causes and Medication* (pp. 3-37). Croatia: IntechOpen. doi: 10.5772/54728. Retrieved from <https://www.intechopen.com/books/psoriasis-types-causes-and-medication/psoriasis-types-causes-and-medication>

Anexos

Anexo 1 – Breve escala de impacto da doença crónica

Viver com a doença ou dor crónica pode interferir com a capacidade de realizar tarefas em diversos domínios da vida. Para cada domínio abaixo apresentados, assinale o grau de interferência que a sua doença ou dor crónica teve na sua vida durante o último mês, utilizando a seguinte escala de resposta (0= nada incapacitante; 10= severamente incapacitante).

1. Estudos/trabalho

Nada incapacitante	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nada incapacitante
--------------------	------------------------	--------------------

2. Vida social/ convívio com amigos

Nada incapacitante	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nada incapacitante
--------------------	------------------------	--------------------

3. Relações familiares

Nada incapacitante	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nada incapacitante
--------------------	------------------------	--------------------

4. Relações íntimas/amorosas

Nada incapacitante	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nada incapacitante
--------------------	------------------------	--------------------

5. Atividades de lazer/*hobbies*

Nada incapacitante	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nada incapacitante
--------------------	------------------------	--------------------

Apêndices

Apêndice A – Questionário sociodemográfico e clínico

Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Idade _____

Estado civil

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a) ou em União de facto
- ☐ Divorciado(a)/Separado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Outra opção

Zona de residência

- ☐ Rural
- ☐ Urbana

Anos de escolaridade concluídos (Ex: se terminou o 10ºano responda "10")

Profissão

Situação laboral

- ☐ Empregado
- ☐ Desempregado

☐ Estudante

☐ Reformado(a)

Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de Psoríase? (Por favor, responda o nº de anos. Se foi há menos de 1 ano, por favor responda 1)

Tem algum familiar com o diagnóstico de Psoríase?

☐ Sim

☐ Não

Qual o tipo de Psoríase que lhe foi diagnosticado?

☐ Psoríase em placas ou vulgar

☐ Psoríase em gutata

☐ Psoríase inversa

☐ Psoríase com pústulas ou pustulosa

☐ Outra opção

Que tratamento está a realizar? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

☐ Tópico (cremes, pomadas, champô, entre outros)

☐ Sistémico (medicamentos)

☐ Helioterapia

☐ Fototerapia

☐ Radiação

☐ Outra opção

Têm Artrite Psoriática?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

Tem ou já teve acompanhamento psicológico, relacionado com a Psoríase?

☐ Sim

☐ Não

Apêndice B – Autorizações para a utilização das escalas

Autorização Escala



Inês ministro <inesministro@gmail.com>
para jlpr, melanie.fernandes9612, solange_vntr, eu ▾

quarta, 28/11/2018, 17:47 ☆ ↩ ⋮

Exmo. Sr. Doutor José Pais Ribeiro

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, ramo de especialidade em terapias Cognitivo Comportamentais do Instituto Superior Miguel Torga encontramos-nos a desenvolver um projeto, sob orientação da Prof. Doutora Ana Galhardo, que tem por objetivo estudar aspetos emocionais em pessoas com doença crónica. Neste contexto vimos solicitar a vossa excelência autorização para utilização da escala EADS. Deste projeto espera-se que resultem quatro dissertações de mestrado sendo que cada uma delas se debruçará sobre uma doença crónica em particular; mais precisamente cancro ginecológico, diabetes, VIH/Sida e lúpus. Sem outro assunto de momento, agradecemos, desde já, a atenção dispensada e ficamos a aguardar a resposta.

Com os melhores cumprimentos, Ana Melanie, Inês Ministro, Rute Mendes e Solange Ventura.



Inês ministro
para eu ▾

14/07/2019, 23:22 (há 10 horas) ☆ ↩ ⋮

----- Forwarded message -----
De: José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Date: quinta, 29/11/2018 à(s) 09:22
Subject: RE: Autorização Escala
To: Inês ministro <inesministro@gmail.com>

Cara Colega

Não nos opomos ao uso da versão do da EADS que estudamos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
ResearchGate: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Autorização Escalas

Caixa de entrada x



Inês ministro <inesministro@gmail.com>
para ines.almeidatrindade, melanie.fernandes9612, solange_vntr, eu ▾

quarta, 28/11/2018, 17:43 ☆ ↩ ⋮

Exma. Sra. Doutora Inês Trindade

No âmbito do mestrado em Psicologia Clínica, ramo de especialidade em terapias Cognitivo Comportamentais do Instituto Superior Miguel Torga encontramos-nos a desenvolver um projeto, sob orientação da Prof. Doutora Ana Galhardo, que tem por objetivo estudar aspetos emocionais em pessoas com doença crónica. Neste contexto vimos solicitar a vossa excelência autorização para utilização das escalas CFQ-CI e CISS. Deste projeto espera-se que resultem quatro dissertações de mestrado sendo que cada uma delas se debruçará sobre uma doença crónica em particular; mais precisamente cancro ginecológico, diabetes, VIH/Sida e lúpus. Sem outro assunto de momento, agradecemos, desde já, a atenção dispensada e ficamos a aguardar a resposta.

Com os melhores cumprimentos, Ana Melanie, Inês Ministro, Rute Mendes e Solange Ventura.



Inês A. Trindade <ines.almeidatrindade@gmail.com>
para inesministro, melanie.fernandes9612, solange_vntr, eu ▾

quinta, 29/11/2018, 11:49 ☆ ↩ ⋮

Bom dia Inês,

Claro que sim, utilizem a CFQ-CI e a CISS à vontade

Boa sorte e bom trabalho!

Com os melhores cumprimentos,
Inês Trindade

Inês A. Trindade, PhD
Clinical Psychologist, Research Assistant
CINEICC, University of Coimbra, Portugal
<http://cineicc.pt/>
